






## Research Paper

## Assessment of Perceived Social Support and its Related Factors in Infertile Women Referring to Shahrekord Infertility Clinic

Ali Hasanpour Dehkordi<sup>1</sup> , Marziyeh Omid<sup>2</sup> , Forouzan Ganji<sup>3</sup> , Fahimeh Kaveh Baghbahadorani<sup>4</sup> , Masoud Lotfizadeh<sup>5</sup> 

1. Social Determinants of Health Research Center, School of allied medical sciences, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran
2. Student Research Committee, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran
3. Department of Social Medicine, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran
4. Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran
5. Social Determinants of Health Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

**Citation:** Hasanpour Dehkordi A, Omid M, Ganji F, Kaveh Baghbahadorani F, Lotfizadeh M. [Assessment of Perceived Social Support and its Related Factors in Infertile Women Referring to Shahrekord Infertility Clinic (persian)] Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2020 9(2): 666-677

**Resived:** 18 Jun 2020

**Accepted:** 7 May 2020

**Available Online:** Sep 2020

### Abstract

**Background & Aims:** Nowadays, infertility has become a social concern and has associated with numerous problems. Social support as a protective factor can have a significant effect on the health and social functioning of infertile women. The aim of this study was to assess perceived social support and its related factors in infertile women referred to the Shahrekord Infertility Clinic in 2018.

**Methods:** In the descriptive cross-sectional study, 400 infertile women (18-49years) referred to Shahrekord Infertility Clinic with primary and secondary infertility were enrolled on the basis of objective sampling. Demographic characteristics of infertile women were recorded and social support was determined by Social Support Questionnaire (SSQ) of Sarason. Data were analyzed using SPSS software and  $P < 0.05$  was considered statistically significant.

**Results:** The results of the study showed that the mean total score of social support, network of social support and satisfaction of social support of infertile women were  $150.22 \pm 50.09$ ,  $32.99 \pm 16.36$ , and  $117.97 \pm 38.5$  respectively. The highest frequency of social support was for mother (51.6%), father (40.7%) and spouse (29.5%). Social support scores had a direct and significant relationship with the marriage age of infertile women spouses ( $r = 0.151$  and  $P = 0.002$ ), so Social support increased as the marriage age increased. Social support of satisfaction dimension was not significantly correlated with the age of women and their spouses, as well as the age of marriage of women and their spouses. Social support of network dimension has a significant relationship with the marriage age of infertile women ( $r = 0.173$  and  $P < 0.001$ ), the age of infertile women spouses ( $r = 0.180$  and  $P < 0.001$ ) and the marriage age of infertile women spouses ( $r = 0.265$  and  $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** The results of the study indicate that the age and marriage age affect social support, especially from the network dimension, so that with the increase of age and marriage age, the social support of infertile women increased.

### Keywords:

Primary Infertility, Secondary Infertility, Perceived Social Support

### \*Corresponding author:

Forouzan Ganji

**Address:** Department of Social Medicine, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

**Email:** Forouzan2000@yahoo.com

## بررسی حمایت اجتماعی درک شده و عوامل مرتبط با آن در زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک ناباروری شهرکرد

دکتر علی حسن پور دهکردی<sup>۱</sup>، مرضیه امیدی<sup>۲</sup>، دکتر فروزان گنجی<sup>۳</sup>، دکتر فهیمه کاوه باغبادرانی<sup>۴</sup>، دکتر مسعود لطفی زاده<sup>۵</sup>

۱. مرکز تحقیقات علوم اجتماعی، دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران
۲. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران
۳. گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران
۴. گروه زنان، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران
۵. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

### چکیده:

تاریخ دریافت: ۲۸ دی ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۸ اردیبهشت ۱۳۹۹

تاریخ انتشار: شهریور ۱۳۹۹

**زمینه و هدف:** امروزه ناباروری به صورت یک نگرانی اجتماعی درآمده و با معضلات متعددی همراه است. حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل محافظت کننده می تواند اثر قابل توجهی بر سلامت و عملکرد اجتماعی زنان نابارور داشته باشد. هدف مطالعه حاضر بررسی حمایت اجتماعی درک شده و عوامل مرتبط با آن در زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک ناباروری شهرکرد در سال ۱۳۹۷ بود.

**روش بررسی:** مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی مقطعی است در این مطالعه ۴۰۰ زن نابارور مراجعه کننده به کلینیک فوق تخصصی ناباروری شهرکرد با محدوده سنی ۱۸-۴۹ سال و مبتلا به نازایی اولیه و ثانویه به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. پس از ثبت مشخصات دموگرافیک زنان نابارور، میزان حمایت اجتماعی توسط پرسش نامه حمایت اجتماعی (SSQ) ساراسون تعیین شد. داده ها توسط نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند و  $P < 0/05$  از نظر آماری معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره کل حمایت اجتماعی، نمره شبکه حمایت اجتماعی و نمره رضایت حمایت اجتماعی زنان نابارور به ترتیب  $150/82 \pm 50/09$ ،  $32/90 \pm 16/36$  و  $117/90 \pm 38/50$  بود. بیشترین فراوانی حمایت اجتماعی مربوط به مادر (۵۱/۶ درصد)، پدر (۴۰/۷ درصد) و همسر (۲۹/۵ درصد) بود. حمایت اجتماعی با سن ازدواج همسران زنان نابارور رابطه مستقیم و معنی داری داشت ( $r=0/151$  و  $P=0/002$ ) به طوریکه با افزایش سن ازدواج حمایت اجتماعی توسط همسران افزایش نشان داد. حمایت اجتماعی از بعد رضایت ارتباط معنی داری با سن زنان نابارور و همسران آنها و همچنین سن ازدواج زنان نابارور و همسران آنها نداشت. حمایت اجتماعی از بعد شبکه ارتباط معنی داری با سن ازدواج زنان نابارور ( $r=0/173$  و  $P<0/001$ )، سن همسران ( $r=0/180$  و  $P<0/001$ ) و سن ازدواج همسران زنان نابارور ( $r=0/265$  و  $P<0/001$ ) داشت.

**نتیجه گیری:** نتایج مطالعه حاکی از اثرگذاری سن و سن ازدواج بر حمایت اجتماعی خصوصا از بعد شبکه می باشد، به طوریکه با افزایش سن و سن ازدواج حمایت اجتماعی زنان نابارور افزایش می یابد.

### کلید واژه ها:

حمایت اجتماعی  
درک شده، زنان نابارور،  
نازایی اولیه، نازایی ثانویه

\*نویسنده مسئول:

فروزان گنجی

نشانی: گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

پست الکترونیک: Foruzan2000@yahoo.com

## مقدمه

مخرب استرس توسط فرد به کار گرفته شود. حمایت اجتماعی سه نوع دارد که شامل ابزاری (وسیله‌ای)، اطلاعاتی و عاطفی (احساسی) است. حمایت وسیله‌ای شامل منابع مادی مانند غذا و پول است. حمایت اطلاعاتی شامل فراهم آوردن اطلاعات یا پیشنهادات است که فرد را قادر می‌سازد تا با مشکلات و سختی‌ها کنار بیاید و حمایت احساسی در برگیرنده عشق ورزیدن، اهمیت دادن و درک طرف مقابل است.<sup>(۸)</sup>

حمایت اجتماعی می‌تواند از جانب افراد خانواده، دوستان و افراد دیگر فراهم شود. منابع دیگری چون درمانگران، مشاوران و سایر متخصصان و یا عضویت در موسسه‌های مختلف و گروه‌های مذهبی نیز می‌تواند برای فرد نقش حمایت‌کننده داشته باشد. حمایت از سوی اعضای خاصی از شبکه حمایت اجتماعی می‌تواند مهم‌تر از بقیه باشد، برای مثال حمایت هیجانی که از سوی دوستان نزدیک و صمیمی ارائه شود تاثیر و اهمیت بیشتری دارد، در حالی که حمایت اطلاعاتی و ابزاری اگر از جانب متخصصان باشد دارای اهمیت بیشتری است. به‌طور کلی زنان در مقایسه با مردان ارتباط نزدیکی با خانواده و دوستان دارند و بیش‌تر تمایل دارند در صدد کسب حمایت اجتماعی برآیند.<sup>(۹)</sup>

نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که برخورداری از حمایت اجتماعی بر رضایت از زندگی، سلامت روانی و سلامت عمومی تاثیرگذار است و استرس و احساس تنهایی را کاهش می‌دهد.<sup>(۱۰)</sup> حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش شده و باعث افزایش میزان بقا و بهبود کیفیت زندگی می‌شود.<sup>(۱۱)</sup>

نتایج مطالعه Sultan و همکاران نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین زنان نابارور و بارور در حمایت اجتماعی درک‌شده وجود دارد، از طرف دیگر همبستگی معنی‌داری بین رضایت زناشویی و حمایت اجتماعی درک‌شده وجود دارد.<sup>(۱۲)</sup>

نتایج مطالعه Yang و همکاران نشان داد که تغییر باورهای غلط والدین، افزایش حمایت اجتماعی از زنان نابارور و کاهش اختلال استرس پس از سانحه منجر به بهبود کیفیت زندگی می‌شود.<sup>(۱۳)</sup>

نتایج مطالعه Azad-Fallah نشان داد زنان نابارور نسبت به مردان نابارور از سلامت عمومی کمتری برخوردار هستند و افراد نابارور، از روش‌های مقابله‌ای متمرکز بر مسئله کمتری استفاده می‌کنند و آن عده از افراد ناباروری که از روش‌های مقابله‌ای متمرکز بر مسئله، استفاده بیشتری می‌کردند، از سلامت عمومی بالاتری برخوردار بودند.<sup>(۱۴)</sup>

نتایج مطالعه Sahraian و همکاران نشان داد که زنانی که خود عامل ناباروری هستند کمتر از زنانی که همسرشان عامل ناباروری هستند حمایت اجتماعی دریافت می‌کنند. همچنین میزان رضایت زناشویی در زنان با عامل ناباروری مردانه بیشتر از زنانی است که خود عامل ناباروری هستند. میان میزان حمایت اجتماعی و میزان رضایت زناشویی در زنان نابارور نیز رابطه معنی‌داری وجود دارد.<sup>(۱۵)</sup>

High و همکاران در سال ۲۰۱۴ مطالعه‌ای برای تعیین کفایت حمایت اجتماعی در ۳۰۰ نفر از زنان نابارور انجام دادند

یک زوج از لحاظ بالینی زمانی نابارور شناخته می‌شوند که حداقل ۱۲ ماه پس از فعالیت جنسی منظم در عین عدم استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری هیچگونه بارداری نداشته باشند. ناباروری یکی از مشکلات دنیای امروز است به گونه‌ای که میزان آن در جهان از سال ۱۹۵۵ تا کنون ۵۰ درصد افزایش داشته است و هم‌اکنون ۱۰ تا ۱۵ درصد از زوجین با این مشکل درگیر هستند.<sup>(۱۶)</sup> در دهه‌های اخیر عواملی نظیر تغییر نقش زنان در فعالیت‌های اجتماعی، تاخیر در سن ازدواج، تغییر در سن داشتن فرزند، افزایش استفاده از روش‌های پیشگیری از باروری، آزاد شدن سقط جنین در برخی مناطق و وضعیت اقتصادی نامطلوب باعث کاهش میزان باروری در کشورهای مختلف شده است.<sup>(۱۷)</sup>

زنان و مردان به‌صورت یکسان با مشکل ناباروری درگیر هستند، به‌طور کلی ۳۵ درصد ناباروری‌ها مربوط به مردان، ۳۵ درصد مربوط به زنان و ۲۰ درصد مربوط به عوامل ناشناخته‌ای است که می‌تواند از زن یا مرد ناشی شود. ۱۰ درصد ناباروری‌ها به‌دلیل عوامل قابل‌پیش‌گیری از جمله سن ازدواج، عفونت‌ها، بیماری‌هایی مانند سل و مالاریا و نوع شغل و عوامل محیطی مربوط است. الگوهای ناباروری در کشورهای در حال توسعه با کشورهای پیشرفته کاملاً متفاوت است و بروز ناباروری‌های قابل پیشگیری در کشورهای در حال توسعه بسیار زیاد است.<sup>(۱۸)</sup>

به‌طور کلی زنان نابارور بیشتر از مردان در معرض عوامل تنش‌زای جسمی، روانی و اجتماعی ناشی از ناباروری و درمان آن قرار دارند. برای بسیاری از افراد، ناباروری بحرانی بزرگ و عامل استرس روانی است که می‌تواند استرس عاطفی و گستره‌ای از واکنش‌های روانی منفی شامل افسردگی، اضطراب، نگرانی، خشم، شرم، حسادت، تنهایی، یاس و نومیدی، کاهش عزت نفس، عدم تعادل عاطفی، احساس عدم کفایت جنسی و اختلال عملکرد جنسی را ایجاد کند.<sup>(۱۹)</sup> در مطالعه صورت گرفته در داخل کشور میزان شیوع اضطراب و افسردگی در زوج‌های نابارور ایرانی به ترتیب ۴۹/۶ و ۳۳ درصد برآورد شد. زنان ۲/۲۶ برابر بیشتر از مردان علائم اضطرابی و افسردگی را نشان دادند. علاوه بر این بیماران با سابقه ناباروری بیشتر از ۵ سال به ترتیب ۱/۱۵ و ۱/۳۰ برابر بیشتر از دیگران علائم اضطراب و افسردگی را نشان دادند.<sup>(۲۰)</sup>

اگر از حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی برخوردار باشند بهتر می‌توانند با مشکل ناباروری سازگار شوند.<sup>(۸)</sup>

منظور از حمایت اجتماعی برقراری یک تعامل اجتماعی است که با برقراری ارتباط شروع می‌شود و با تداوم آن به ایجاد ارتباط همدلانه و در نهایت یک شبکه ایمنی برای بیمار می‌انجامد. ارتباط به افراد کمک می‌کند تا با شرایط مقابله کنند و احساس بهتری درباره خود بسازند. افزایش اعتماد به نفس، احساس تعلق به گروه و تقویت توانایی یا شایستگی انجام وظایف ضروری همه به‌عنوان اشکال حمایت اجتماعی در نظر گرفته می‌شوند. حمایت اجتماعی کمک دوجانبه است که موجب خلق تصویر مثبت از خود، پذیرش خود، امیدواری، احساس عشق و رضایتمندی می‌گردد و اضطراب را کاهش می‌دهد به‌طوری که به فرد فرصت خودشناسی و رشد می‌دهد.<sup>(۸)</sup>

حمایت اجتماعی شامل موقعیت‌های مدبرانه است که سبب می‌شود مکانیسم‌های دفاعی موثرتری برای جلوگیری از آثار

این پرسشنامه در سال ۱۳۸۹ توسط ناصح و همکاران به فارسی برگردان شده است. پایایی پرسشنامه حمایت اجتماعی SSQ با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بود<sup>(۸)</sup>

در یک مطالعه دیگر پایایی پرسشنامه حمایت اجتماعی SSQ با به کارگیری روش آلفای کرونباخ محاسبه شد و ضریب مطلوبی معادل ۰/۸۴ به دست آمد<sup>(۹)</sup>

۱۲ سوال مرتبط با پیامدهای ناباروری از زنان نابارور تحت مطالعه تکمیل شد. پاسخ سوالات بر اساس معیار لیکرت به صورت کاملاً موافقم، نمره یک، موافقم، نمره دو، فرقی نکرده، نمره سه، مخالفم، نمره چهار، کاملاً مخالفم، نمره پنج بود. پاسخ دهی سوال یک برعکس بود. روایی این سوالات توسط چند نفر از کارشناسان به صورت روایی صوری تایید شد. پایایی پرسشنامه با روش آزمون و آزمون مجدد انجام و ضریب همبستگی آلفای آن ۰/۷۶ به دست آمد. اطلاعات دموگرافیک مرتبط با باروری نیز جمع آوری گردید.

اطلاعات با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و فراوانی و فراوانی نسبی و روش های تحلیلی از آزمون تی مستقل، آزمون آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته ها

از ۴۰۰ پرسشنامه تکمیل شده ۲۶ پرسشنامه ناقص حذف شدند. و ۳۷۴ زنان نابارور با میانگین سن  $28/83 \pm 5/01$  سال با حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر سن ۴۴ سال وارد مطالعه شدند. میانگین سن ازدواج زنان  $22/15 \pm 3/9$  سال با دامنه سن ازدواج ۱۴ سال تا ۳۹ سال بود. میانگین سن همسران زنان نابارور  $32/13 \pm 5/54$  با دامنه سن ۲۲ سال تا ۵۷ سال بود. میانگین سن ازدواج همسران زنان نابارور  $25/46 \pm 6/3$  سال با دامنه سن ازدواج ۱۸ سال تا ۵۴ سال بود.

بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون حمایت اجتماعی با سن ازدواج همسران زنان نابارور رابطه مستقیم و معنی داری داشت ( $P < 0/01$ ) با افزایش سن ازدواج حمایت اجتماعی توسط همسران افزایش می یابد. بعد رضایتمندی حمایت اجتماعی از ارتباط معنی داری با سن زنان نابارور و همسران آنها و همچنین سن ازدواج زنان نابارور و همسران آنها نداشت. بعد شبکه حمایت اجتماعی ارتباط معنی داری با سن ازدواج زنان نابارور ( $P < 0/01$ )، سن همسران ( $P < 0/01$ ) و سن ازدواج همسران زنان نابارور ( $P < 0/01$ ) داشت (جدول شماره ۱).

و نتایج نشان داد که اغلب زنان نابارور حمایت اجتماعی کمتر از آنچه انتظار داشتند از خانواده، همسر، دوستان، پزشکان و منابع آنلاین دریافت می کردند. بیشترین میزان شکاف و عدم توافق در رابطه با حمایت متخصصان و پزشکان بود و زنان نابارور ابراز داشتند که نیاز به حمایت بیشتری از سوی آنها دارند<sup>(۱۰)</sup>

با توجه به افزایش روزافزون ناباروری در کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران لزوم توجه به سلامت روان افراد نابارور به خصوص زنان نابارور که بیشتر از مردان در معرض عوامل تنش زای جسمی، روانی و اجتماعی ناشی از ناباروری و درمان آن قرار دارند، احساس می شود. از طرفی شواهد حاکی از آن است که مطالعات در زمینه حمایت اجتماعی درک شده در بیماران مبتلا به ناباروری در ایران بسیار محدود است. پژوهش حاضر با هدف تعیین حمایت اجتماعی و عوامل مرتبط با آن در زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک ناباروری شهرکرد طراحی گردید.

### روش بررسی:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی نوع مقطعی بود که بر روی زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک فوق تخصصی ناباروری شهرستان شهرکرد در سال ۲۰۱۸ انجام شد

### معیارهای ورود و خروج در مطالعه

توانایی درک و تکلم به زبان فارسی، تمایل به شرکت در مطالعه، هوشیاری کامل و آگاهی نسبت به زمان و مکان، عدم سابقه ابتلا به بیماری های روانی و یا استفاده از داروهای روان گردان، ثبت تشخیص نازایی اولیه و ثانویه در پرونده و مدارک پزشکی، محدوده سنی ۱۸ تا ۴۹ سال و معیار خروج، عدم تمایل جهت شرکت در مطالعه بود.

حجم نمونه بر اساس مطالعات مشابه<sup>(۱۱)</sup> و سطح معنی داری ۰/۰۵، انحراف معیار ۴/۲ و دقت ۴۰۰ نفر انتخاب شد.

در این مطالعه نمونه گیری مبتنی بر هدف بود. بعد از توضیح اهداف مطالعه و دادن اطمینان به زنان نابارور در مورد حفظ اطلاعات مندرج در پرسشنامه، از مشارکت کنندگان رضایت شفاهی اخذ شد.

در این پژوهش از پرسشنامه حمایت اجتماعی (SSQ) ساراسون جهت گردآوری داده ها استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۷ قسمت و هر قسمت شامل ۲ سوال می باشد. سوال اول در هر قسمت مربوط به شرایطی خاص است که شرکت کننده باید فکر کند و نام افرادی را که احساس می کند در آن شرایط خاص می توانند به وی کمک کنند را بنویسد. این افراد می توانند تا ۹ نفر باشند. امتیاز این سوالات نیز از ۰ تا ۹ است. سوال دوم در رابطه با میزان رضایتمندی فرد از درک حمایت اجتماعی در آن شرایط خاص است که در یک مقیاس شش قسمتی از بسیار ناخشنود (خیلی ناراضی) تا خیلی خشنود (خیلی راضی) امکان پاسخ دهی وجود دارد. نمره دهی از ۱-۶ به صورت بسیار خشنود (۶)، تا حدودی خشنود (۵)، کمی خشنود (۴)، کمی ناخشنود (۳)، تا حدودی ناخشنود (۲)، بسیار ناخشنود (۱) است. مجموع سوالات اول نهایتاً حمایت اجتماعی بعد شبکه (SSQN) که میانگین تعداد افرادی است که فرض می شود برای حمایت وجود دارند و مجموع سوالات دوم بعد رضایتمندی (SSQS) را می سنجد. با افزایش نمرات افراد وضعیت حمایت اجتماعی بیشتر خواهد شد

جدول ۱. ارتباط حمایت اجتماعی و ابعاد آن با سن و سن ازدواج زنان نابارور و همسران آنها

متغیر	نمره کل حمایت اجتماعی		بعد شبکه حمایت اجتماعی		بعد رضایتمندی حمایت اجتماعی	
	ضریب همبستگی	P value	ضریب همبستگی	P value	ضریب همبستگی	P value
سن زنان نابارور	۰/۰۰۶	۰/۴۵۱	۰/۰۷۷	۰/۰۷۷	۰/۰۴۱	۰/۲۱۶
سن ازدواج زنان نابارور	۰/۰۷۶	۰/۰۷۱	۰/۱۷۳	$P<۰/۰۰۱$	۰/۰۲۶	۰/۳۱۱
سن همسران زنان نابارور	۰/۰۸۱	۰/۰۵۸	۰/۱۸۰	$P<۰/۰۰۱$	۰/۰۲۹	۰/۲۸۶
سن ازدواج همسران زنان نابارور	۰/۱۵۱	۰/۰۰۲	۰/۲۶۵	$P<۰/۰۰۱$	۰/۰۸۴	۰/۰۵۳

\* نشان دهنده اختلاف معنی دار در سطح  $P<۰/۰۱$

ارتباط معنی داری با شغل ( $P=۰/۳۶۲$ ) و تحصیلات زنان نابارور ( $P=۰/۲۵۳$ ) و شغل همسران ( $P=۰/۲۱۰$ ) و تحصیلات همسران ( $P=۰/۴۲۷$ ) نداشت (جدول شماره ۲).

اکثریت زنان خانه دار (۸۲/۸) و دارای تحصیلات دیپلم (۵۱/۱) درصد) بودند. اکثریت همسران زنان نابارور شغل آزاد (۵۱/۱) درصد) و تحصیلات دیپلم (۴۱/۷) داشتند. بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس حمایت اجتماعی و ابعاد آن در زنان نابارور

جدول ۲. توزیع فراوانی شغل و تحصیلات زنان نابارور و همسران آنها

درصد	فراوانی	متغیر
۸۲/۶	۳۰۹	خانه دار
۱۷/۴	۶۵	کارمند
۸	۳	بی سواد
۱۴/۴	۵۴	زیر دیپلم
۵۱/۱	۱۹۱	دیپلم
۹/۹	۳۷	فوق دیپلم
۲۰/۶	۷۷	لیسانس
۳/۲	۱۲	فوق لیسانس و بالاتر
۲/۹	۱۱	بیکار
۱۷/۹	۶۷	کارگر
۵۱/۱	۱۹۱	آزاد
۲۸/۱	۱۰۵	کارمند
۱/۹	۷	بی سواد
۱۸/۵	۷۳	زیر دیپلم
۴۱/۷	۱۵۶	دیپلم
۸/۶	۳۲	فوق دیپلم
۲۰/۹	۷۸	لیسانس
۷/۵	۲۸	فوق لیسانس و بالاتر

بر اساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون حمایت اجتماعی و ابعاد آن در زنان نابارور ارتباط معنی داری با تعداد حاملگی ( $P=0/343$ )، سقط ( $P=0/179$ ) و فرزند ( $P=0/289$ ) نداشت (جدول شماره ۳).

۴۴/۱ درصد زنان سابقه حاملگی نداشتند، ۲۷/۵ درصد سابقه یک حاملگی و ۱۷/۶ درصد سابقه دو حاملگی داشتند. ۵۱/۱ درصد سابقه سقط نداشتند، ۲۹/۱ درصد سابقه یک سقط و ۱۳/۴ درصد سابقه دو سقط داشتند. اکثریت زنان (۷۹/۷ درصد) فرزند نداشتند.

جدول ۳. توزیع فراوانی تعداد حاملگی، سقط و فرزند در زنان نابارور

متغیر	فراوانی	درصد
تعداد حاملگی	۰	۴۴/۱
	۱	۲۷/۵
	۲	۱۷/۶
	۳	۶/۴
	۴	۲/۹
	۵	۰/۳
	۶	۱/۱
تعداد سقط	۰	۵۱/۱
	۱	۲۹/۱
	۲	۱۳/۴
	۳	۴
	۴	۱/۶
	۵	۰/۵
	۶	۰/۳
تعداد فرزند	۰	۷۹/۷
	۱	۱۶/۸
	۲	۱۳/۵
	۳	۰

مواردی بودند که اصلاً بچه نداشتند و حداکثر ۲ فرزند داشتند. با توجه به نتایج بیشترین علل ناباروری مربوط به اشکال در تخمک‌گذاری (۳۳/۹۵ درصد)، عدم وجود مشکل اثبات شده (۲۵/۹۳ درصد) و اشکال در تخمک‌گذاری به همراه مشکلات مردانه (۱۱/۴۹ درصد) بود (جدول شماره ۴).

میانگین تعداد حاملگی‌ها ۱،۰۲ با انحراف معیار ۱،۲۰۵ و حداقل مواردی بودند که اصلاً حاملگی نداشتند و حداکثر ۶ حاملگی داشتند. میانگین تعداد سقط‌ها ۰،۷۹ با انحراف معیار ۱،۰۲۹ و حداقل مواردی بودند که اصلاً سقط نداشتند و حداکثر ۶ سقط داشتند. میانگین تعداد بچه‌ها ۰،۲۴ با انحراف معیار ۰،۵۰۲ و حداقل

جدول ۴. توزیع فراوانی علل ناباروری در زنان نابارور تحت مطالعه

نوع مشکل	فراوانی	درصد
عدم وجود مشکل اثبات شده	۹۷	۲۵/۹۳
اشکال در تخمک‌گذاری	۱۲۷	۳۳/۹۵
آندومتریوز	۱۳	۳/۴۷
مشکلات ایمنی	۷	۱/۸۷
اشکال در لوله رحمی	۱۵	۴/۰۱
اشکال در گردن رحم	۲	۰/۵۳
اشکال در رحم	۷	۱/۸۷
مشکلات مردانه	۱۵	۴/۰۱
اشکال در تخمک‌گذاری و مشکلات مردانه	۴۳	۱۱/۴۹
اشکال در تخمک‌گذاری و آندومتریوز	۱۵	۴/۰۱
اشکال در تخمک‌گذاری و اشکال در لوله رحمی	۸	۲/۱۳
مشکلات ایمنی و اشکال در لوله رحمی	۳	۰/۸۰
مشکلات مردانه و آندومتریوز	۴	۱/۰۶
اشکال در تخمک‌گذاری، آندومتریوز و مشکلات مردانه	۷	۱/۸۷
اشکال در تخمک‌گذاری و مشکلات ایمنی	۵	۱/۳۳
اشکال در تخمک‌گذاری، مشکلات ایمنی و مشکلات مردانه	۲	۰/۵۳
اشکال در تخمک‌گذاری و اشکال در گردن رحم	۴	۱/۰۶
آندومتریوز و اشکال در گردن رحم	۱	۰/۳۶
مشکلات مردانه و اشکال در لوله رحمی	۱	۰/۳۶
اشکال در تخمک‌گذاری و اشکال در رحم	۱	۰/۳۶
اشکال در تخمک‌گذاری و آندومتریوز و مشکلات ایمنی	۱	۰/۳۶
مشکلات ایمنی و اشکال در رحم	۱	۰/۳۶

نابارور مشکلات اقتصادی، ۲۳/۳ درصد اختلال در روابط جنسی، ۳۵/۶ درصد اختلال در سلامت جسمی و ۵۳/۳ درصد اختلال در سلامت روحی را به دلیل عدم بچه‌دار شدن گزارش کردند (جدول شماره ۵).

توزیع فراوانی پاسخ‌های سوالات مرتبط با پیامدهای ناباروری برای فرد در جدول ۵ نشان داده شده است. ۲۶/۷ درصد زنان نابارور گزارش کردند که عدم بچه‌دار شدن سبب ایجاد بحران در روابط آن‌ها با همسرشان شده است. ۴۳/۸ درصد از زنان

جدول ۵. توزیع فراوانی پاسخ‌های سوالات مرتبط با پیامدهای ناباروری برای فرد

سوال	کاملاً موافقم فراوانی (درصد)	موافقم فراوانی (درصد)	فرقی نکرده فراوانی (درصد)	مخالقم فراوانی (درصد)	کاملاً مخالفم فراوانی (درصد)
بچه‌دار نشدن شما باعث شده شما و شوهرتان بهم نزدیکتر شوید؟	۵۰ (۱۳/۴)	۸۳ (۲۲/۲)	۱۴۹ (۳۹/۸)	۶۳ (۱۶/۸)	۲۹ (۷/۸)
بچه‌دار نشدن شما باعث شده بین شما و شوهرتان بحران ایجاد شود؟	۱۵ (۴)	۸۵ (۲۲/۷)	۹۸ (۲۶/۲)	۱۳۶ (۳۶/۴)	۴۰ (۱۰/۷)
بچه‌دار نشدن شما باعث شده شما و شوهرتان به طلاق فکر کنید؟	۸ (۲/۱)	۵۹ (۱۵/۸)	۹۳ (۲۴/۹)	۱۵۳ (۴۰/۹)	۶۱ (۱۶/۳)
بچه‌دار نشدن شما باعث شده اختلال در اقتصاد زندگیتان ایجاد شود؟	۲۰ (۵/۳)	۱۴۴ (۳۸/۵)	۱۱۴ (۳۰/۵)	۸۱ (۲۱/۷)	۱۵ (۴)
بچه‌دار نشدن شما باعث شده اختلال در روابط جنسی‌تان ایجاد شود؟	۱۰ (۲/۷)	۷۷ (۲۰/۶)	۱۴۸ (۳۹/۶)	۱۱۷ (۳۱/۳)	۲۲ (۵/۹)
بچه‌دار نشدن شما باعث شده اختلال در سلامت جسمی‌تان ایجاد شود؟	۱۶ (۴/۳)	۱۱۷ (۳۱/۳)	۱۳۴ (۳۵/۸)	۹۹ (۲۶/۵)	۸ (۲/۱)
بچه‌دار نشدن شما باعث شده اختلال در سلامت روحی‌تان ایجاد شود؟	۲۹ (۷/۸)	۱۷۰ (۴۵/۵)	۱۱۸ (۳۱/۶)	۵۰ (۱۳/۴)	۷ (۱/۹)
بچه‌دار نشدن شما باعث شده اختلال در رابطه با فامیل خودتان ایجاد شود؟	۱۳ (۳/۵)	۸۲ (۲۱/۹)	۱۴۵ (۳۸/۸)	۱۱۴ (۳۰/۵)	۲۰ (۵/۳)
بچه‌دار نشدن شما باعث شده اختلال در رابطه با فامیل شوهرتان ایجاد شود؟	۲۳ (۶/۱)	۱۰۹ (۲۹/۱)	۱۲۴ (۳۳/۲)	۱۰۳ (۲۷/۵)	۱۵ (۴)
بچه‌دار نشدن شما باعث شده اختلال در رابطه با دوستان ایجاد شود؟	۹ (۲/۴)	۴۳ (۱۱/۵)	۱۵۹ (۴۲/۵)	۱۴۰ (۳۷/۴)	۲۳ (۶/۱)
بچه‌دار نشدن باعث شده اختلال در رابطه با بقیه زنان حامله ایجاد شود؟	۷ (۱/۹)	۵۲ (۱۳/۹)	۱۶۵ (۴۴/۱)	۱۲۸ (۳۴/۲)	۲۱ (۵/۶)

تاکنون واکنش منفی نسبت به ناباروری خود دریافت نکرده‌اند. بیشترین میزان واکنش منفی به ناباروری مربوط به مادر همسر (۳۰/۳ درصد) بود (جدول شماره ۶).

فراوانی حمایت اجتماعی توسط همسر ۲۹/۵ درصد، مادر ۵۱/۶ درصد، پدر ۴۰/۷ درصد، خواهر ۳۲/۷ درصد و برادر ۳۲/۱ درصد گزارش شد. ۵۳/۷ درصد زنان نابارور گزارش کردند که

جدول ۶. توزیع فراوانی افراد حمایت‌کننده و افرادی با واکنش منفی نسبت به زنان نابارور

متغیر	حمایت		واکنش منفی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
هیچکس	۸۵	۲۲/۷	۲۰۱	۵۳/۷
همسر	۱۱۵	۲۹/۵	۱۲	۳/۱
مادر	۱۹۳	۵۱/۶	۹	۲/۴
مادر همسر	۳۸	۱۰/۲	۱۱۴	۳۰/۳
پدر	۱۵۲	۴۰/۷	۶	۱/۶
پدر همسر	۲۸	۷/۵	۷۴	۱۹/۷
خواهر	۱۲۲	۳۲/۷	۷	۱/۹
برادر	۱۲۰	۳۲/۱	۷	۱/۹
برادر همسر	۲۲	۵/۹	۷۰	۱۸/۶
خواهر همسر	۲۲	۵/۹	۸۰	۲۱/۲
دوست	۱۵	۴	۲	۰/۵
همکار	۱	۰/۳	۱	۰/۳
همسایه	۲	۰/۶	۳	۰/۸



با توجه به نتایج میانگین نمره کل حمایت اجتماعی، نمره شبکه حمایت اجتماعی و نمره رضایت حمایت اجتماعی به ترتیب ۱۵۰/۸۲±۵۰/۰۹، ۳۲/۹۰±۱۶/۳۶ و ۱۱۷/۹۰±۳۸/۵ بود (جدول شماره ۷).

جدول ۷. میانگین و انحراف معیار نمره حمایت اجتماعی و ابعاد آن

گروه	میانگین $\pm$ انحراف معیار	حداقل	حداکثر
میانگین نمرات حمایت اجتماعی	۱۵۰/۸۲±۵۰/۰۹	۳۱	۲۵۴
میانگین نمرات شبکه حمایت اجتماعی	۳۲/۹۰±۱۶/۳۶	۴	۱۰۰
میانگین نمرات رضایت حمایت اجتماعی	۱۱۷/۹۰±۳۸/۵	۲۷	۱۶۲

## بحث

که میزان استرس، اضطراب، افسردگی و احساس تنهایی در زنان نابارور بیشتر از زنان بارور است<sup>(۱۴ و ۳۳)</sup>. علاوه بر این زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور سلامت روان کمتر، رضایت جنسی کمتر و کیفیت زندگی پایین تری دارند<sup>(۳۴)</sup>. با توجه به مشکلات عدیده‌ای که ناباروری برای زوجین به همراه دارد، نیاز به ارائه راهکارهای سازنده و موثر همانند مشاوره، آموزش و حمایت‌های مالی جهت هزینه‌های درمان نازایی برای زوجین نابارور احساس می‌شود.

در مطالعه حاضر، نتایج نشان می‌دهد که زنان نابارور مورد مطالعه از حمایت اجتماعی خوبی برخوردار بوده‌اند. در مطالعه صورت گرفته توسط میرفقروند بر روی ۳۴۵ زن نابارور مراجعه کننده به بیمارستان الزهراهای تهران میانگین نمره کل حمایت اجتماعی زنان نابارور ۴۲/۲۸ از محدوده قابل مشاهده ۱۲ تا ۶۰ بود که در این مطالعه نیز حمایت اجتماعی زنان از سطح متوسط رو به بالا برخوردار بود<sup>(۳۵)</sup>. در مطالعه Yagmur و همکاران بر روی زنان نابارور میانگین حمایت اجتماعی ۶۱/۹۸ از محدوده ۱۲-۸۴ بود<sup>(۳۶)</sup>. در مطالعه دیگری میانگین نمره حمایت اجتماعی ۶۸ و از محدوده ۲۱ تا ۸۲ به دست آمد<sup>(۳۷)</sup>.

در مطالعه حاضر بیشترین فراوانی حمایت اجتماعی مربوط به مادر (۵۱/۶ درصد)، پدر (۴۰/۷ درصد) و همسر (۲۹/۵ درصد) بود. در مطالعه میرفقروند و همکاران هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر حمایت اجتماعی از سوی خانواده بالاتر از دوستان، همکاران و دیگران گزارش شد<sup>(۳۵)</sup>. Samani و همکاران نیز بیشترین حمایت اجتماعی زنان نابارور را از سوی همسران و خانواده خود گزارش کردند<sup>(۳۸)</sup>. در مطالعه بر روی زنان متأهل پس از زایمان مشاهده شد که اکثر زنان از حمایت اجتماعی خانواده برخوردارند و حمایت دوستان غالباً در حد متوسط است. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که مهم‌ترین پیش‌بینی کننده‌های کیفیت زندگی زنان در درجه اول حمایت خاص همسر و در مرحله بعد حمایت‌های کلی دریافتی فرد است<sup>(۳۹)</sup>.

به‌طور کلی زوج‌های نابارور نسبت به پذیرش اجتماعی و نگرش اطرافیان حساس هستند و تمایل کمتری به در میان گذاشتن و مشورت افکار و احساسات خود با دیگران دارند، که در این شرایط خانواده از اهمیت زیادی برخوردار است<sup>(۴۰)</sup>. در زنان نابارور و زنانی که روش‌های کمک باروری را دریافت می‌کنند، به نظر می‌رسد که حمایت خانواده و به‌ویژه همسر یکی از مهم‌ترین منابع حمایت اجتماعی باشد. این حمایت منجر به مقابله با تمام احساسات منفی ناشی از درمان و شکست درمان

در مطالعه حاضر بیشترین علل ناباروری مربوط به اشکال در تخمک‌گذاری (۳۳/۹۵ درصد)، علل نامشخص (۲۵/۹۳ درصد) و اشکال در تخمک‌گذاری به‌همراه مشکلات مردانه (۱۱/۴۹ درصد) بود. فراوانی علل زنانه (۵۴/۸۵)، علل نامشخص (۲۵/۹۳ درصد)، علل توأم زنانه و مردانه (۱۵/۲۱ درصد) و علل مردانه (۴/۰۱ درصد) بود. در مطالعه Winkelman و همکاران مشاهده شد که ۵۸/۸ درصد از اختلالات ناباروری به‌دلیل مشکلات زنانه، ۳۰/۴ درصد به‌دلیل ترکیبی از مشکلات زنانه و مردانه، ۷/۳ درصد به‌دلیل علت مردانه و ۳/۵ درصد دلیل نامشخص بوده است<sup>(۴۱)</sup>. در این مطالعه فراوانی علل ناشناخته در مقایسه با مطالعه حاضر کمتر است که این امر ممکن است به‌دلیل امکانات بیشتر مراکز ناباروری یا تفاوت‌های جمعیت‌های مورد بررسی باشد.

در مطالعه حاضر ۲۶/۷ درصد زنان نابارور گزارش کردند که عدم بچه‌دار شدن آن‌ها سبب ایجاد بحران در روابط با همسرشان شده است و ۱۷/۹ درصد به‌دلیل بچه‌دار نشدن به طلاق فکر می‌کنند. ۴۳/۸ درصد از زنان نابارور اختلال در اقتصاد زندگی، ۲۳/۳ درصد اختلال در روابط جنسی، ۳۵/۶ درصد اختلال در سلامت جسمی و ۵۳/۳ درصد اختلال در سلامت روحی را به‌دلیل عدم بچه‌دار شدن گزارش کردند. ۲۵/۴ درصد اختلال در روابط با فامیل خود، ۳۵/۲ درصد اختلال در رابطه با فامیل همسر، ۱۳/۹ درصد اختلال در رابطه با دوستان و ۱۵/۸ درصد اختلال در رابطه با بقیه زنان حامله را گزارش شد. در مطالعه Peoples و Rovner-Ferguson، ناباروری زنان منجر به شرایط چالش برانگیزی شده بود که ثبات احساسی، اجتماعی، روحی، زناشویی و مالی فرد را تهدید می‌کند. ناباروری زنان می‌تواند سبب ایجاد احساس از دست رفتن امیدها، رویاها و نقش‌های اجتماعی شده و فرد را با اختلالات روحی و روانی متعددی مواجه سازد<sup>(۴۲ و ۴۳)</sup>. نتایج مطالعه Guz و همکاران نشان داد که فرزنددار نشدن به‌عنوان یک نقص به‌شمار می‌رود و زوج‌ها فشار اجتماعی زیادی را برای داشتن فرزند دریافت می‌کنند. علاوه بر این باروری و فرزنددار شدن به‌عنوان یک مسئولیت زنانه در ترکیه به‌شمار می‌رود. لذا فشار اجتماعی بر روی زنان بیشتر از مردان است. به همین دلیل زنان همیشه از فقدان ثبات در ازدواج خود می‌ترسند و با تهدید طلاق مواجه هستند<sup>(۴۴)</sup>. نتایج مطالعه بشارت و همکاران نشان داد زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور سلامت روانشناختی کمتر و درماندگی روانشناختی بیشتری دارند. همچنین زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور از مشکلات جنسی بیشتری رنج می‌برند<sup>(۴۵)</sup>. نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد



می‌شود و تاثیر مثبتی بر روی پاسخ‌های روحی و روانی نسبت به استرس و افکار منفی دارد. در فرهنگ ایرانی داشتن فرزند از ارزش بالایی برخوردار است و موجب پایداری خانواده و رضایت زناشویی می‌شود، همچنین نگرش منفی نسبت به ناباروری زیاد است و بنابراین وجود حمایت بالا در زنان نابارور سبب کاهش اضطراب و بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی می‌گردد<sup>(۲۸)</sup>.

### نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مطالعه حاضر زنان نابارور از حمایت اجتماعی متوسطی برخوردار بودند و ناباروری جنبه‌های مختلف زندگی آن‌ها شامل روابط با همسر، سلامت روحی، جسمی و جنسی تاثیرات منفی برجای گذاشته بود، لذا به نظر می‌رسد که ارتقای کمیت و کیفیت حمایت اجتماعی بتواند باعث تقویت اثرات محافظت حمایت اجتماعی در زوجین نابارور شود.

### کاربرد یافته‌ها در بالین

با توجه به نتایج این مطالعه که مادر، پدر، خواهر و برادر افراد نابارور بیشترین حمایت و کمترین واکنش منفی نسبت به افراد نابارور را داشته‌اند. بهتر است درمان زنان نابارور با تمرکز و همکاری خانواده باشد.

### تشکر و قدردانی

این طرح با کد اخلاق IR.SKUMS.REC.1397.151 در دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد به تصویب رسیده است. نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند که مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و تمامی پرستاران، مدیریت و دفاتر پرستاری بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و تمام افرادی که در انجام این تحقیق همراهی و همکاری داشتند، ابراز نمایند.

همچنین بر اساس نتایج این مطالعه حمایت اجتماعی با سن ازدواج همسران زنان نابارور رابطه مستقیم و معنی‌داری داشت، به‌طوری‌که با افزایش سن ازدواج حمایت اجتماعی توسط همسران افزایش نشان داد. حمایت اجتماعی از بعد شبکه ارتباط معنی‌دار ضعیفی با سن ازدواج زنان نابارور، سن همسران زنان نابارور و سن ازدواج همسران زنان نابارور داشت. حمایت اجتماعی با تعداد حاملگی‌ها، تعداد سقط و تعداد فرزندان ارتباط معنی‌داری نداشت. حمایت اجتماعی زنان نابارور ارتباط معنی‌داری با شغل و تحصیلات زنان نابارور و همسرانشان نداشت.

در مطالعه میرفقروند و همکاران حمایت اجتماعی زنان نابارور ارتباط معنی‌داری با درآمد خانواده داشت ولی با تحصیلات، نوع روش پیش‌گیری از بارداری، نوع درمان انجام شده، علت ناباروری، شغل زن و شغل همسر ارتباط معنی‌داری نداشت<sup>(۲۹)</sup>. در مطالعه حاضر نیز هم‌راستا با مطالعه میرفقروند و همکاران حمایت اجتماعی با تحصیلات و شغل زنان نابارور و همسرانشان ارتباط معنی‌داری نداشت. در مطالعه Yagmur و همکاران در ترکیه، نمره حمایت اجتماعی درک‌شده با تحصیلات زنان نابارور و همسرانشان ارتباط معنی‌داری داشت. نمره حمایت اجتماعی با نوع شغل زنان نابارور ارتباط معنی‌داری نداشت ولی با نوع شغل همسرانشان ارتباط معنی‌داری داشت. نمره حمایت اجتماعی ارتباط معنی‌داری با وضعیت بیمه، سال‌های ازدواج، علت ناباروری، داشتن یا نداشتن فرزند و سن نداشت. هرچند حمایت اجتماعی ارتباط معنی‌داری با سن نداشت، ولی با افزایش سن زنان نمره حمایت اجتماعی افزایش نشان داد<sup>(۳۰)</sup>. در مطالعه Martins و همکاران حمایت اجتماعی مردان از همسرانشان با سن و تحصیلات آن‌ها در ارتباط بود<sup>(۳۱)</sup>. دلیل تفاوت یافته‌های مطالعات مختلف ممکن است به دلیل تفاوت‌های جمعیت‌های مورد مطالعه از نظر میزان تحصیلات باشد. علاوه بر این در مطالعه حاضر اکثریت زنان خانه‌دار (۸۲/۶ درصد) و اکثریت مردان دارای شغل آزاد (۵۱/۱ درصد) بودند، در حالی که در مطالعه فوق ۶۰ درصد زنان مورد مطالعه خانه‌دار و ۴۰ درصد شاغل بودند و ۳۴ درصد مردان دارای شغل آزاد، ۲۷/۴ درصد کارمند، ۲۶/۳ درصد کارگر و ۶/۶ درصد بیکار بودند. لذا به نظر می‌رسد که عدم ارتباط معنی‌دار بین شغل و تحصیلات در مطالعه حاضر ممکن است به دلیل تفاوت فراوانی افراد از نظر تحصیلات و شغل‌های مختلف باشد.

در این رابطه گزارش شده است که نیازهای فرد گیرنده حمایت اجتماعی ممکن است به‌واسطه فرهنگ، نقش‌های اجتماعی و اطلاعات فردی همانند سن، جنس و تحصیلات دچار دگرگونی شود. تفاوت در تحصیلات و فاکتورهای اقتصادی و اجتماعی منجر به دسترسی نامساوی به حمایت اجتماعی می‌شود و با افزایش سطح تحصیلات دسترسی به منابع حمایتی و اطلاعات مفید در مورد آن‌ها بیشتر می‌شود و فرصتی برای ارتباط با منابع

## References

1. Datta J, Palmer M, Tanton C, Gibson L, Jones K, Macdowall W, et al. Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Human Reprod.* 2016;31(9):2108-18.
2. Vander Borgh M, Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clin Biochem.* 2018;62(8):2-10.
3. Hasanpoor-Azghdy SB, Simbar M, Vedadhir A. The social consequences of infertility among Iranian women: a qualitative study. *Int J Fertil Steril.* 2015;8(4):409.
4. Yusuf L. Depression, anxiety and stress among female patients of infertility; A case control study. *Pakistan J Med Sci.* 2016;32(6):1340.
5. Saraian E, Sajjadian I. Comparison of perceived social support and psychological well-being between pregnant women with surrogacy, assisted reproductive technology (ART) and natural fertility. *Iranian J Psychiatr Nurs.* 2016;4(2):1-10.
6. Winkelman WD, Katz PP, Smith JF, Rowen TS, Group IO. The sexual impact of infertility among women seeking fertility care. *Sex Med.* 2016;4(3):190-7.
7. Maroufizadeh S, Ghaheri A, Almasi-Hashiani A, Mohammadi M, Navid B, Ezabadi Z, et al. The prevalence of anxiety and depression among people with infertility referring to Royan Institute in Tehran, Iran: a cross-sectional questionnaire study. *Middle East Fertil Soc J.* 2018;23(2):103-6.
8. Holt-Lunstad J, Uchino B. Social support and health. *Health Behav.* 2015;1(2):183-204.
9. McKimmie BM, Butler T, Chan E, Rogers A, Jimmieson NL. Reducing stress: Social support and group identification. *Group Process Interg.* 2019;1(2):77-84.
10. Haugland T, Wahl AK, Hofoss D, DeVon HA. Association between general self-efficacy, social support, cancer-related stress and physical health-related quality of life: a path model study in patients with neuroendocrine tumors. *Health Qual Life Out.* 2016;14(1):11.
11. Gallant MP. The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. *Health Educ Behav.* 2003;30(2):170-95.
12. Sultan A, Yousuf S, Jan S, Hassan U, Jaan U. Perceived social support and marital satisfaction among fertile and infertile women. *Age.* 2018;20(30):55-60.
13. Yang SR, Yeo JH. Effects of irrational parenthood cognition, post traumatic stress disorder and spousal support on quality of life of infertile women. *Korean J Women Health Nurs.* 2017;23(2):145-53.

14. Azad-Fallah P. Analysis of stressors, coping styles, and mental health in infertile men and women. *Int J Psychol Behav Sci.* 2011;5(3):185-93.
15. Sahraian K, Poursamar S, Jafarzadeh F. The relationship between social support and marital satisfaction in infertile women based on infertility factor. *J Urmia Nurs Midwif Facult.* 2015;12(12):1104-9.
16. High AC, Steuber KR. An examination of support (in) adequacy: Types, sources, and consequences of social support among infertile women. *Commun Monogr.* 2014;81(2):157-78.
17. Hasanpour Sh, Bani S, Mirghafourvand M, Kochaksarayie F. Mental Health and Its Personal and Social Predictors in Infertile Women. *J Caring Sci.* 2014;3(1):37-45
18. Nasseh M, Ghazinour M, Joghataei M, Nojomi M, Richter J. A Persian version of the social support questionnaire (SSQ). *Soci Welfar Quarter.* 2011;11(41):251-66.
19. Lau Y, Wong DFK. The role of social support in helping Chinese women with perinatal depressive symptoms cope with family conflict. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37(5):556-71.
20. Peoples D, Ferguson HR. Experiencing infertility: An essential resource. USA: Norton & Company; 2000.
21. Guz H, Ozkan A, Sarisoy G, Yanik F, Yanik A, Schuiling G. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *J Psych Obstet Gynecol.* 2003;24(4):267-71.
22. Besharat MA, Hoseinzadeh Bazargani R. A comparative study of fertile and infertile women's mental health and sexual problems. *Iranian J Psychiatr Clinical Psychol.* 2006;12(2):146-53.
23. Jesse DE, Swanson MS. Risks and resources associated with antepartum risk for depression among rural southern women. *Nursing Res.* 2007;56(6):378-86.
24. Masoumi SZ, Garousian M, Khani S, Oliaei SR, Shayan A. Comparison of quality of life, sexual satisfaction and marital satisfaction between fertile and infertile couples. *Int J Fertil Steril.* 2016;10(3):290.
25. Mirghaforvand M, Hasanpoor S, Bani S, Yahyavi F. Perceived social support in infertile couples and its individual-social predictors. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2014;23(1):213-23.
26. Yağmur Y, Oltuluoğlu H. Social support and hopelessness in women undergoing infertility treatment in eastern Turkey. *Pub Health Nurs.* 2012;29(2):99-104.
27. Alavi S, Jannatifard F. Relationships between perceived social support and self-esteem in the Carpet Knitter of Naeen's Villages. *Iran Occup Health.* 2012;9(1):1-8.
28. Neisani Samani L, Chehreh H, Seyed

- Fatemi N, Hosseini F, Karamelahi Z. Relationship between perceived social support and anxiety in pregnant women conceived through assisted reproductive technologies (ARTS). *Iran J Nurs*. 2016;29(103):51-9.
29. Nasiri F, Abdolmaleki S. Explain the relationship between perceived social support and quality of life with the mediating role of perceived stress in female headed households in Sanandaj. *Practic Soci*. 1395;1395(64):67-79.
30. Martins MV, Peterson B, Almeida V, Mesquita-Guimarães J, Costa M. Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human Reprod*. 2013;29(1):83-9.